

La tarification à l'activité (T2A)

18/05/2004

Dans un contexte récurrent de déficit de l'assurance maladie, complété par des coûteuses réformes hospitalières (programme d'investissement immobilier, financement de la réduction du temps de travail, organisation des gardes et repos de sécurité...), la maîtrise des dépenses de santé apparaît sans nul doute possible comme un objectif prioritaire du ministre de la santé. Evidente dans sa notion : faire coïncider le budget de l'hôpital avec son activité réelle avec demain une répartition par pôles d'activités ; elle nécessite un long et patient travail d'analyse. Ainsi, dès le début de 2004, les établissements de santé privés comme publics ont eu pour mission d'identifier les activités les plus rentables comme les moins rentables et ce, afin de permettre le passage à un nouveau mode de financement du système de soins : la tarification à l'activité

1. Le constat : une réforme nécessaire et structurelle

Les établissements de santé sont à ce jour financés selon des modalités très différentes : la dotation globale de financement (DGF) pour les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et des tarifs par prestation pour les établissements privés (OQN).

Le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a souhaité réformer radicalement le dispositif d'allocation de ressources, afin de permettre une **gestion moderne et dynamique de l'offre de soins**.

Les bénéfices attendus de la réforme sont multiples : la médicalisation du financement, l'intérêt à agir et la responsabilisation des acteurs, une équité de traitement entre les établissements.

2. Le champ d'application pour les établissements de santé

La nouvelle tarification s'appliquera à **tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO)**.

La tarification à l'activité s'applique à **toutes les activités de soins MCO quelles que soient leurs modalités** : hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à domicile ainsi que consultations et soins externes.

3. Les Modalités de financement

Les principaux essentiels de la réforme sont :

- une prise en charge financière adaptée à la nature des soins prodigués, avec des tarifs de séjour basés sur la classification en groupe homogène des malades (GHM), du PMSI, dans une version rénovée et efficiente ;
- la connaissance des cas les plus lourds avec une facturation possible des suppléments pour les séjours qui se prolongent et les séjours en réanimation ;
- des forfaits annuels pour les activités d'urgences et de prélèvements d'organes ;
- les missions d'intérêt général (enseignement, recherche, innovation...) et le soutien à la contractualisation seront garantis par une enveloppe spécifique.

Cette réforme fera l'objet d'un dispositif approprié de suivi et d'évaluation.

4. La réforme dans le secteur public et les PSPH

Le passage à la tarification à l'activité induit des changements importants dans les circuits d'information et de traitement des données pour les établissements de santé publics et participant au Service public hospitalier.

Une réforme en trois étapes

La première étape consiste en la mise en place **en 2004** d'un dispositif transitoire, de maintien du cadre budgétaire et comptable actuels. La deuxième étape, qui se déroulera **en 2005**, (en pratique dès septembre 2004 avec la préparation budgétaire) verra la mise en place d'une nouvelle procédure budgétaire, impliquant une réforme du régime budgétaire et comptable des établissements. La troisième étape, **prévue pour 2006**, plus technique, permettra aux établissements de

facturer directement à l'assurance maladie, sans l'interface de l'Agence régionale d'hospitalisation.

La réforme dans le secteur privé

L'entrée des cliniques dans la réforme est fixée **au 1er octobre 2004**. Ce délai supplémentaire doit permettre de mettre au point les nouvelles procédures de facturation.